

Hémorragie maculaire bilatérale et rétinite pigmentaire

Bilateral macular hemorrhage and retinitis pigmentosa

Imen Ammous , Insaf Mrad, Mejd Boukari, Imen Zhioua, Lilia Tounsi, Mili Ilhem Boussen, Khalil Erraies, Raja Zhioua

Service d'ophtalmologie, Hôpital Charles Nicole / faculté de médecine de Tunis

La rétinite pigmentaire constitue l'une des formes les plus fréquentes de dégénérescence rétinienne héréditaire. Elle est responsable d'une baisse d'acuité visuelle conduisant à une cécité progressive. Cette baisse d'acuité peut parfois être aggravée par d'autres facteurs compliquant le cours évolutif de cette maladie.

Observation

Un patient âgé de 58 ans, qui était suivi dans notre service pour rétinite pigmentaire (RP), nous a consultés pour baisse d'acuité visuelle (BAV) progressive bilatérale évoluant depuis deux mois.

Il présentait au niveau de l'œil droit une acuité visuelle corrigée de 1/10, la cornée était claire, la chambre antérieure était calme et profonde avec une cataracte corticale et un tonus oculaire à 16.

Au niveau du fond d'œil (FO), le patient présentait une hémorragie rétinienne profonde avec des migrations pigmentaires (fig 1)

Au niveau de l'œil gauche, l'acuité visuelle corrigée était de 1/10 f, la cornée était claire, la chambre antérieure était calme et profonde avec une cataracte corticale et un tonus oculaire à 14. Au niveau du FO, le patient présentait une hémorragie rétinienne profonde avec des migrations pigmentaires (fig 1).

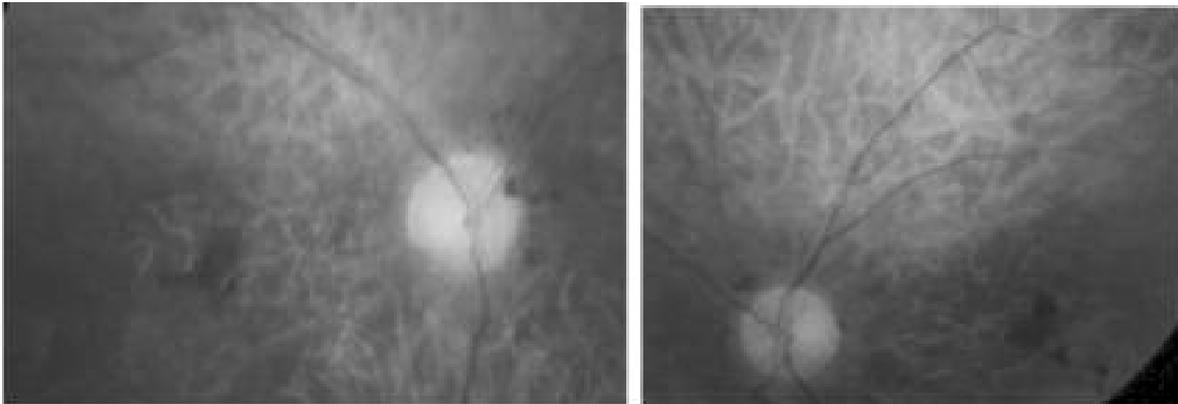


Figure 1 : Photo FO : Hémorragie rétinienne profonde +migrations pigmentaires

Une angiographie à la fluorescéine a été réalisée et a montré du côté droit un effet masque adjacent des zones d'atrophies de l'EP maculaire et une absence de signes d'exsudations.

Au niveau de l'œil gauche on a retrouvé le même aspect ; un effet masque adjacent des zones d'atrophies de l'EP

maculaire et absence de signes d'exsudations (fig 2)

Un TD-OCT a été réalisée et a montré au niveau de l'œil droit une atrophie rétinienne diffuse sans signes d'exsudation avec un ombrage post : effet shadow.

Le même aspect a été retrouvé du coté gauche (fig3)

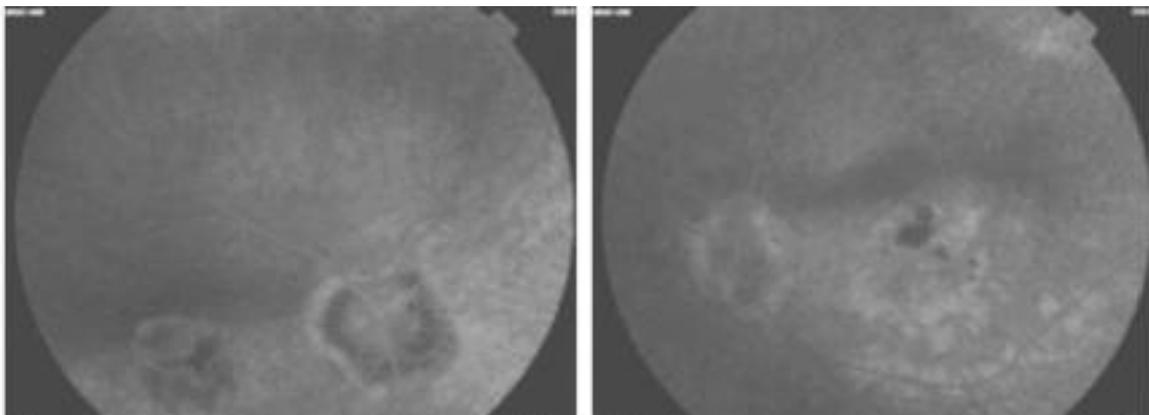


Figure 2 : angiographie à la fluorescéinne : effet masque adjacent des zones d'atrophies de l'EP maculaire absence de signes d'exsudations

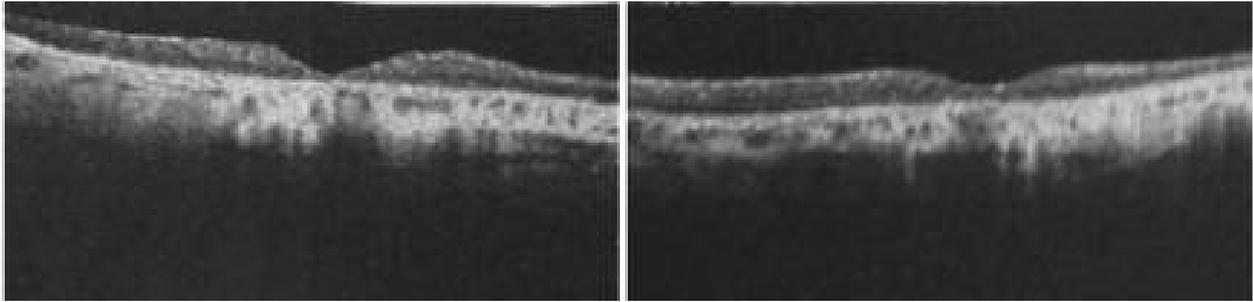


Figure 3 : TD-OCT OG : Atrophie rétinienne diffuse sans signes d'exsudation + ombrage post : effet shadow

Conclusion

La RP est une dystrophie rétinienne potentiellement cécitante par atteinte des photorécepteurs. Aucun cas d'hémorragie maculaire isolée n'a été décrit jusqu'à aujourd'hui. L'origine de l'hémorragie maculaire au cours de la RP est peu connue et n'est imputée à la maladie qu'après avoir éliminé les autres étiologies plus fréquentes.

Calcified amorphous tumor in right atrium presenting with syncope

Tumeur amorphe calcifiée de l'oreillette droite symptomatique de syncope

Ihsen Zairi¹, Hela Mssaad², Khadija Mzoughi¹, Zouhaier Jnifene¹, Hakim Kaouthar², Ouarda Fatma²

¹- Department of cardiology, Habib Thameur Hospital, Tunis,

²- Department of pediatric cardiology, La Rabta Hospital Tunis.

Calcified amorphous tumor of the heart (CAT) is an unusual non-neoplastic cardiac mass that can mimic a more malignant lesion(1). Composed of calcified nodules with amorphous fibrous material, it can cause symptoms of embolization or obstruction of calcified fragments (2).

We Report the case of a 5-year-old patient that presented to emergency department with syncope. Clinical and laboratory investigations revealed that she had calcified amorphous tumor of the right atrium. She underwent surgery.

Case Report

A 5-year-old patient without medical history was referred to cardiology department. She complained of a sudden loss of consciousness at home. She was in a good state of health until she suddenly collapsed while standing and lost consciousness for approximately 10 seconds. She recovered spontaneously but was extremely weak. She reports that she had a similar episode in the past month.

On admission, physical examination didn't reveal focal neurologic findings.

Her heart rate was regular at 110 beats/minute, her blood pressure was 106/62 mmHg without orthostatic changes, and her respiratory rate was 21 breaths/minute.

An electrocardiogram showed a regular rhythm consistent with sinus tachycardia.

Laboratory findings showed that levels of serum electrolytes, glucose, blood urea and creatinine, and complete blood counts were normal.

The patient underwent echocardiography that revealed a non-mobile right ventricular calcified mass measuring 8 mm long axis extending to the pulmonary artery and the right atrium (Figure 1). The mass originated from the interatrial septum above the foramen ovale with mild tricuspid regurgitation. Left ventricular function was preserved.

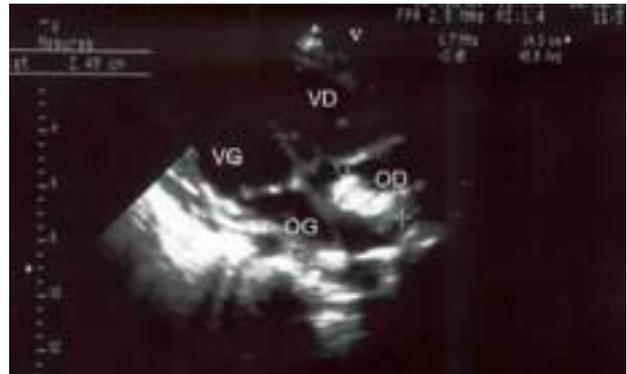


Figure 1 : 2 dimensions' transthoracic echography four chambers view showing dilation of right cavities with a mass of 81 mm long axis, attached on the ventricular side of the tricuspid annulus and in the right atrium. VG=Left ventricule, OD=Right atrium, OG= Left atrium, VD=Right ventricule.

The patient was operated under extracorporeal circulation; Perioperative palpation showed that there is a mass in the right atrium and another one in the pulmonary artery. Right atriotomy revealed two atrial masses: the first one was implanted on the foramen ovale (Figure 2), it was white and firm and measures 2cmx1cmx1cm, with gelatinous center and friable periphery.